

Establecimiento: Escuela Modelo de Educacion Integral - EMDEI		Sala/Grado: _____		División: _____	
Apellido/s y nombre/s: _____		DNI: _____			
Fecha de nacimiento: __/__/____		Edad: _____ años		Sexo: Femenino: <input type="checkbox"/> Masculino: <input type="checkbox"/>	
Domicilio: Calle: _____		Nº _____		Piso: _____	
Localidad: _____		Departamento: _____		Provincia: _____	
Teléfono Propio: (____) 15 _____		Correo electrónico propio: _____			
Apellido/s nombre/s responsable legal: _____		DNI: _____			
Teléfono: (____) 15 _____		Correo electrónico: _____		Parentesco: _____	

#Obra social: _____	#Numero de credencial: _____
----------------------------	-------------------------------------

ANAMNESIS (para ser completado por los padres o responsable legal antes y/o durante la visita médica)
(Marque con una X lo que SI corresponda.)

#GRUPO y FACTOR Rh	
---------------------------	--

Antecedentes PERSONALES	Si	No	Antecedentes PERSONALES	Si	No
Problemas cardíacos			Tos crónica (duración de más de 30 días)		
Presión arterial elevada			Otitis recurrentes		
Asma bronquial			Diarreas recurrentes		
Pérdida de conciencia			Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses		
Convulsiones			Padeció COVID-19		
Afecciones auditivas***			Padeció Dengue		
Afecciones visuales/oftalmológicas			Cirugías. (cual/es) _____		
Diabetes			Fracturas, traumatismos o luxaciones. (cual/es) _____		
Alteraciones de la sangre o la coagulación			Alteraciones óseas permanentes. (cual/es) _____		
Durante o después del ejercicio , ha padecido: <ul style="list-style-type: none"> • Desmayos • Mareos • Dolor fuerte en el pecho • Palpitaciones o latidos fuertes • Mayor cansancio que sus compañeros • Dificultad para respirar durante o después de la actividad física o no se recupera en menos de 5 min 			Falta o no funcionamiento de algún órgano(cual/es) _____		
			Alergias: ¿cómo se manifiestan? _____		
			A medicamentos. Cual/es: _____		
			A alimentos. Cual/es: _____		
			Otros: _____		
			Internaciones. Causa y fecha: _____		
Antecedentes de prematurez. (Peso de nacimiento: _____ gr)			¿Toma alguna medicación en forma permanente? ¿Cuál? _____ Dosis: _____		
			¿Usa anteojos o lentes de contacto? ¿Causa? <input type="checkbox"/> miopía <input type="checkbox"/> hipermetropía <input type="checkbox"/> astigmatismo		
			¿Se encuentra bajo algún tratamiento? <input type="checkbox"/> Fonoaudiología <input type="checkbox"/> Psicología <input type="checkbox"/> Psicopedagogía Otro _____		

#¿Posee CUD Certificado Único de Discapacidad?			# Tipo de discapacidad - #Dispositivos de apoyo que usa:				
#¿Posee alguna discapacidad?			<input type="checkbox"/> Visual	<input type="checkbox"/> Auditiva	<input type="checkbox"/> Motora	<input type="checkbox"/> Intelectual	<input type="checkbox"/> Otra: _____
#En caso + ¿Cuenta con equipo de apoyo?			<input type="checkbox"/> Prótesis	<input type="checkbox"/> Audífono	<input type="checkbox"/> Silla	<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Otra: _____

Vacunación: ¿Completa para la edad?		Si	No				
Vacuna Covid-19:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	dosis	1	2	3	4	+
Vacuna dengue	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	dosis	1		2		
Última dosis de vacuna de Covid-19: <input type="checkbox"/> Menos de 6 meses <input type="checkbox"/> Más de 6 meses				Última dosis de vacuna antitetánica: <input type="checkbox"/> menos de 5 años <input type="checkbox"/> más de 5 años			

Antecedentes FAMILIARES	Si	No	Antecedentes FAMILIARES:	Si	No
Muerte súbita de un familiar directo menor de 50 años			Obesidad		
Enfermedades cardíacas			Diabetes		
Presión arterial elevada			Colesterol elevado		
			Tos crónica en familiar conviviente		

Observaciones: _____

Por la presente afirmo que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas, mis respuestas son veraces.

Fecha:/...../.....	Firma del padre, la madre o el responsable legal
Lugar: _____	Aclaración: _____

Examen físico (debe ser completado por el médico)

#Puntaje Z	
----------------------	--

#Peso: _____ Kg Pc(_____) #Talla: _____ cm Pc (_____) IMC (peso/talla en metros al²): _____ Pc (_____)

Examen bucodental: *	Caries: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ortodoncia fija: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Ultimo control: Más de 6m <input type="checkbox"/> Menos de 6m <input type="checkbox"/>	Oclusión dental: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> alterada

Examen visual: **	OD: <input type="checkbox"/> Miopía <input type="checkbox"/> Astigmatismo	OI: <input type="checkbox"/> Miopía <input type="checkbox"/> Astigmatismo	Visión Cromática <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal
			Pupilas: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal

Examen cardiovascular	Inspección: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	Presencia estigmas genéticos o deformaciones anatómicas
	Auscultación: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	Presencia de soplos o ruidos agregados
	FC: _____ por minuto Saturación: _____ %	Si la FC o SatO2 se encuentran fuera del rango normal o presenta arritmias
	Pulsos humerales: <input type="checkbox"/> presentes <input type="checkbox"/> ausentes Pulsos femorales: <input type="checkbox"/> presentes <input type="checkbox"/> ausentes	Si los pulsos están AUSENTES
	#Tensión arterial: _____ / _____ mm Hg Pc (_____)	TA con percentil mayor a 95

Examen respiratorio	Inspección: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	Auscultación: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal
	Tipo respiratorio: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	

Examen abdominal	Inspección: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	Circunferencia abdominal: _____ cm
	Palpación: Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Esplenomegalia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Examen músculo-esquelético	Actitud <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	Postura <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	Asimetrías <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Cuello y tronco <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	Escoliosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Extremidades superiores: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	Extremidades inferiores: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		
	Movilidad articular <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal			
	Maniobra de Kendall (** Ver Anexo) <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	anormal (describa)		
	Maniobra de Adams (** Ver Anexo) <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	anormal (describa)		
	Apoyo plantar (** Ver Anexo) <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	anormal (describa)		

Examen genito urinario	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal
-------------------------------	--

Evaluación madurativa (FEMENINO O Y MASCULINO): FEMENINO post menarca:	Estadio Tanner: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Menarca: ___/___/___ (si corresponde)
	Ritmo menstrual: <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> irregular	FUM: ___/___/___

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: Requiere ECG	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

ECG corresponde en los siguientes casos:

- Ingreso jardín.
- Ingreso primaria.
- Si respondió **SI** en la anamnesis de ANTECEDENTES DE RIESGO CARDIOVASCULAR marcados en gris.
- Si en el examen físico presenta SIGNOS CLÍNICOS DE RIESGO CARDIOVASCULAR marcado en gris.
- Si tuvo enfermedad COVID CON AFECTACIÓN CARDIACA según tabla de referencia en Anexo **
- Si realiza actividad física competitiva.
- Según criterio medico Sí No

¿Requiere otros estudios complementarios según el criterio del médico especialista - cardiólogo infantil -?: (Adjuntar)


Dejo constancia que _____, DNI: _____, de _____ años de edad, ha sido evaluado clínicamente y se encuentra APTO para realizar actividades físicas y deportivas acordes a su edad, sexo, estadio madurativo y contextura física, y bajo la supervisión de personal idóneo.

APTO SIN ADECUACIÓN:

APTO CON ADECUACIÓN: (aclaración del tipo de adecuación por condición de salud que lo requiera) _____

Lugar: _____	Firma y sello del médico
Fecha: ___/___/___	

-Válido para el Ministerio de salud para otras actividades extraescolares no competitivas-

	Anexo para la familia	
--	-----------------------	---

* Se recomienda control odontológico cada 6 meses **Se recomienda control oftalmológico anual desde el ingreso escolar
*** Se recomienda audiometría en caso de no oír bien